

## РАЗДЕЛ 1. ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕН

*Ахметзянов Р.В.,  
Бредихин Р.А., Игнатъев И.М.*

### **ВЛИЯНИЕ ЭКСТРАВАЗАЛЬНОЙ КЛАПАННОЙ КОРРЕКЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*Межрегиональный клинико-  
диагностический центр,  
Казанский государственный  
медицинский университет,  
г. Казань, Российская Федерация*

**Актуальность.** Качество жизни (КЖ) — интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования индивидуума, основанная на его субъективном восприятии. ВОЗ определяет КЖ как индивидуальную оценку человеком своего положения в жизни общества, в контексте культуры и систем ценностей этого общества, с точки зрения целей данного индивидуума, с его планами, возможностями, стандартами и интересами. В настоящее время тенденция исследования КЖ является обязательным компонентом в клиническом обследовании пациента. В нашем исследовании проводится оценка динамики КЖ пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей (ВБНК) после экстравазальной клапанной коррекции (ЭВКК) и традиционной комбинированной венэктомии.

**Цель.** Сравнение оценки динамики качества жизни у пациентов с ВБНК после изолированной венэктомии и в сочетании с ЭВКК.

**Материал и методы.** В исследование было включено 80 пациентов с ВБНК. У всех пациентов определялась тяжелая степень хронической венозной недостаточности с наличием трофических нарушений мягких тканей, а по результатам ультразвукового дуплексного ангиосканирования по глубоким венам регистрировался аксиальный рефлюкс с клапанной несостоятельностью глубоких вен III-IV ст. по R. Kistner.

Распределение пациентов по клиническому разделу классификации CEAP было следующим: C4b — 39, C5 — 8, C6 — 33. Все пациенты были разделены на 2 группы. Основную группу составили 34 человека. Пациентам основной группы была проведена операция комбинированной венэктомии в сочетании с ЭВКК. У 8 из них была проведена вальвулопластика по А.Н. Веденскому, у 20 — по R. Kistner, у 6 — по S. Raju. Распределение пациентов этой группы по CEAP было: C4b — 18, C5 — 3, C6 — 13. В группу сравнения включено 46 пациентов, которым в комплексном лечении ВБНК была выполнена операция комбинированной венэктомии без клапанной коррекции бедренной вены. Характеристика пациентов группы сравнения по CEAP была сопоставима с пациентами основной группы: C4b — 21,

C5 — 5, C6 — 20.

Оценка КЖ проводилась с помощью специфического для пациентов с хроническими заболеваниями вен (ХЗВ) опросника Chronic Venous Insufficiency Questionnaire (CIVIQ-2), включающего в себя 20 вопросов. Согласно опроснику, оптимальному состоянию пациента соответствует минимальное количество баллов. Заполнение пациентом опросника проводилось в дооперационном периоде и через 12 месяцев после выполненного оперативного вмешательства. Через 12 месяцев результаты КЖ были оценены у 59 пациентов (73,8%). Из основной группы на опросник ответило 26 человек (76,5%), из группы сравнения — 33 (71,7%).

**Результаты и обсуждение.** Улучшение КЖ отмечалось у 55 (93,2%) из 59 прослеженных через 1 год пациентов, у 4 (6,8%) человек этот показатель ухудшился: двое из них были в основной группе, 2 — в группе сравнения. При детальном анализе, причины ухудшения КЖ объяснялись наличием конкурирующей сопутствующей патологии (деформирующий артроз суставов нижних конечностей и явления остеохондроза позвоночника) у всех 4 пациентов, не отметивших положительной динамики в изменении симптомов своего заболевания. При анализе динамики КЖ в различных группах отмечали следующее. Средний балл у пациентов основной группы до операции составил  $61,91 \pm 12,23$ , в отдаленном послеоперационном периоде —  $45,3 \pm 9,18$ . Таким образом, после реконструктивных операций интегральный показатель качества жизни (ИПКЖ), т.е. уменьшение балльного признака, составил 16,92 ( $p < 0,001$ ).

В группе сравнения средний балльный показатель уменьшился с  $58,52 \pm 14,2$  до  $44,8 \pm 14,08$  ( $p = 0,004$ ). ИПКЖ был равен 9,76. При оценке изменения КЖ у пациентов обеих групп отмечали следующее: проведение клапанной реконструкции бедренной вены в виде ЭВКК улучшает КЖ значительно в большей степени. Разница статистически достоверна ( $p = 0,003$ ).

**Выводы.** Оперативное лечение у пациентов с тяжелой степенью ВБНК на фоне клапанной несостоятельности глубоких вен III-IV ст. сопровождается улучшением КЖ. Статистически доказано, что в большей степени улучшение КЖ отмечается в группе пациентов, которым наряду с венэктомией выполнена экстравазальная вальвулопластика.

*Баешко А.А., Шестак Н.Г., Маркауцан П.В.*

### **РЕЦИДИВ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОСЛЕ ЭВЛК: СТРУКТУРА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ**

*Белорусский государственный  
медицинский университет,  
Медицинский центр «Экомедсервис»,*

**Актуальность.** Распространенность рецидива после стандартной флебэктомии составляет 4-34%. Внедрение таких современных технологий, как лазерная и радиочастотная абляция стволов большой и малой подкожных вен (БПВ и МПВ) позволило снизить частоту побочных эффектов. Рецидив варикозной болезни после применения этих методов составляет по данным литературы 7-9%.

**Цель.** Изучить причины и структуру рецидивного варикоза у пациентов, перенесших операцию эндоваскулярной лазерной коагуляции (ЭВЛК). Оценить эффективность УЗ-контролируемой пенной склеротерапии (УЗКПС) как метода лечения этой патологии.

**Материал и методы.** В период с 2009 по 2014 гг. обследовано 57 пациентов (49 женщин, 8 мужчин) с рецидивом варикозной болезни после проведенной ранее ЭВЛК. Рецидив заболевания развился в сроки от 6 месяцев до 3,5 лет в бассейне БПВ (49) и МПВ (8). Средний возраст пациентов —  $34 \pm 6$  лет (25-62 г). ЭВЛК была проведена у 41 пациента торцевым световодом, у 16 — радиальным. У 40 пациентов процедуре ЭВЛК предшествовала кроссэктомия. Для установления причины рецидива, выявления патологического рефлюкса, его локализации и протяженности, выполняли дуплексное сканирование поверхностных, глубоких и перфорантных вен (ПВ). В качестве метода лечения рецидивного варикоза применяли пенную склеротерапию под УЗ-контролем. Пену получали по методике Tessari. В качестве склерозанта использовали препарат «Этоксисклерол» 3%. За сеанс вводили до 10 мл пены. Для наружной эксцентрической компрессии применяли поролоновые валики, эластическое бинтование и чулки 2 класса компрессии.

**Результаты и обсуждение.** Причиной рецидива варикозной болезни явились: несостоятельность сафено-фemorального соустья с рефлюксом в приустьевые притоки и переднюю добавочную БПВ (31 нога, 63,2 %), в необлитерированный ствол БПВ (9 ног, 18,4%), в ствол и в переднюю добавочную БПВ (4 ноги, 8,2%); несостоятельность ПВ бедренного канала (2 ноги, 4,1%), несостоятельность ПВ верхней (2 ноги, 4,1%) и нижней трети голени (1 нога, 2,0%). Из 8 пациентов с рецидивом в системе МПВ у 5 выявлена несостоятельность сафено-подплечного соустья с рефлюксом в ствол МПВ и его подкожные притоки, у 3 — несостоятельность ПВ задней поверхности голени. Для ликвидации патологического рефлюкса и связанного с ним расширения вен проведено (на одного пациента) от 1 до 6 сеансов УЗКПС. При контрольном УЗИ через неделю-месяц не достигнуто положительного результата у 2-х (3,5%) пациентов. В остальных случаях (96,5%) причины рецидива были устранены. Тромбоза глубоких вен и очаговой неврологической симптоматики не зарегистрировано. Явления очагового тромбофлебита развились у 2-х пациентов (3,5%). Максимальный срок на-

блюдения (обследовано 35 пациентов) — 5 лет. Рефлюкс и рецидив варикоза — у 3-х пациентов (8,6%).

**Выводы.** Рецидив варикозной болезни диагностирован преимущественно у пациентов, перенесших ЭВЛК с использованием торцевого световода. УЗ-контролируемая пенная склеротерапия является высокоэффективным методом лечения рецидива варикозной болезни. Даже в случае реканализации после склеротерапии, положительный результат может быть легко достигнут последующим сеансом процедуры.

**Баешко А.А., Шестак Н.Г., Гаврин П.Ю.,  
Маркауцан П.В., Ковалевич К.М.**

## **РЕЗУЛЬТАТЫ 10 000 СЕАНСОВ ПЕННОЙ СКЛЕРОТЕРАПИИ**

**Белорусский государственный  
медицинский университет,  
Медицинские центры  
«Экомедсервис», «Sante»,  
Республиканский центр медицинской  
реабилитации и бальнеолечения,  
г. Минск, Республика Беларусь**

**Актуальность.** Варикозная болезнь нижних конечностей — одно из наиболее частых заболеваний, которыми цивилизация «наградила» человека. Распространенность этой патологии достигает 40% у женщин и 17% у мужчин. За последние два десятилетия методы лечения варикозной болезни кардинально изменились. Стандартная операция удаления расширенных варикозных вен уходит в прошлое. Ее вытесняют высокотехнологические методы — лазерная и радиочастотная абляция, а также пенная склеротерапия.

Согласно руководству по лечению хронических заболеваний вен UIP 2014, эффективность лазерной коагуляции и пенной склеротерапии сопоставимы. Нет различия в частоте окклюзии, AVVQ, VCSS, индексе венозного заполнения. УЗ-контролируемая пенная склеротерапия (УЗКПС) предпочтительнее ЭВЛК из-за более низкой стоимости, короткой продолжительности сеанса лечения, менее выраженных болевых ощущений, короткого периода восстановления и отсутствия необходимости в анестезии. При наличии несостоятельности подкожных вен авторы консенсуса рекомендуют УЗКПС также, как и термальные методы с уровнем доказательности Grade 1A.

**Цель.** Оценить результаты применения пенной склеротерапии у пациентов с различными формами варикозной болезни.

**Материал и методы.** В основу работы положены результаты обследования и лечения 3520 пациентов с варикозной болезнью (C1-C6) за период с 2008 по 2014 гг. Телангиэктазии составили 22%, ретикулярные вены — 31%, варикозные вены — 17%; сочетание нескольких форм (чаще двух первых) — 30%. Возраст пациентов — от 15 до 76 лет (ср.  $32 \pm 2,1$  года). Длительность заболевания варьировала от 6 месяцев до 25 лет. Все